Lane Medical Library

1444N.21

Über den

syphilitischen Primäraffekt der Tonsille.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 22. JANUAR 1907

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

JOHANNES HELLWIG

AUS STEGLITZ b./BERLIN

OBERARZT IM CULMER INFANTERIE-REGIMENT Nr. 141.

OPPONENTEN:

HERR OBERARZT LÖHE

„ „ Dr. FISCHER

„ „ Dr. WEGENER

BERLIN

DRUCKEREI DER BERLINER BÖRSEN-ZEITUNG, G. m. b. H.

KRONENSTRASSE 37.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Wirkl. Geh. Rat Exzellenz Prof. Dr. v. Bergmann.

Meinen lieben Eltern!

Lange Zeit war das Vorkommen eines Primäraffektes an der Tonsille unbekannt geblieben. Erst im Jahre 1838 veröffentlichte Ricord[1]) als erster vier derartige Fälle. Dann wurde 1852 von Roux[2]) und 1854 von Mortallière eine gleiche Beobachtung gemacht. Im Jahre 1853 teilte Joly[3]) die berühmt gewordene Alsemberger Epidemie extragenitaler Syphilisübertragung mit; bei dieser Gelegenheit werden mehrere Fälle von „Rachenschanker" erwähnt. Rollet veröffentlichte 1859 vier Fälle von Primäraffekt der Tonsille in einer Familie. Bekannter wurde jedoch die Initialsklerose der Tonsille erst 1861, als Diday fünf Fälle publizierte und dabei ausführlich besprach.

Dass der Primäraffekt der Tonsille so lange verkannt wurde, liegt wohl einerseits daran, dass die Ungewöhnlichkeit der Lokalisation den Gedanken an diese Affektion überhaupt nicht aufkommen liess, andererseits aber daran, dass sich auf den Tonsillen eine grössere Anzahl von Krankheiten etabliert, die häufig und leicht Anlass zur Verwechslung mit einem Primäraffekte geben.

In den letzten Jahrzehnten sind zahlreiche einwandsfreie Fälle von Primäraffekt der Tonsille beobachtet und in der Literatur mitgeteilt worden. Es ist aber sicher, dass diese Fälle noch häufiger sind, als man nach den Statistiken und Krankheitsfällen, die ich später anführen werde, anzunehmen geneigt sein möchte; denn eine Reihe von Patienten, die an einem Primäraffekte der Tonsille leiden, begeben sich, weil ihnen ihr Leiden nur geringe Beschwerden macht,

---

[1]) Traité de mal vén. Paris 1838.
[2]) Gaz. médicale de Paris 1852.
[3]) Journal de médecin de Bruxelles 1853.

überhaupt nicht in ärztliche Behandlung, während bei einem anderen Teile die wahre Natur des Leidens aus schon zuvor genannten Gründen nicht erkannt wird.

Um eine ungefähre Anschauung von der Häufigkeit des Primäraffektes der Tonsille überhaupt, sowie gegenüber den anderen extragenitalen und den Primäraffekten der Mundhöhle insbesondere zu geben, will ich zuvor einige statistische Daten von Autoren verschiedener Länder anführen.

Schadeck gibt an, dass nach Pospelow auf 198 extragenitale Primäraffekte 46 der Tonsille kamen (23,2 %).

Rosenquist hat 1898 unter 5186 Fällen von Syphilis bei Frauen, die ambulatorisch im Mjassnitzki-Krankenhause in Moskau behandelt worden sind, 3462 (66,7 %) genitale und 354 (10,2 %) extragenitale Primäraffekte gefunden. Von den extragenitalen Sklerosen kamen 179 auf die Tonsille (55,6 % aller extragenitalen Sklerosen).

Nach Alex Haslund kamen in einem Kopenhagener Krankenhause während der Jahre 1882 bis 1897 7,7 % Rachenschanker zur Beobachtung; diese Prozentzahl kann man fast ganz auf die Tonsille beziehen, da Initialsklerosen an den anderen Teilen des Rachens selten sind.

Pawlow fand unter 1236 syphilitischen Männern der mittleren Bevölkerungsklassen Moskaus 10 mit extragenitalen Primäraffekten, davon 2 (20 %) an der Tonsille, und unter 1165 Weibern 12 extragenitale Sklerosen, davon 1 (8,5 %) der Tonsille.

Isidor Neumann gibt an, dass auf 164 extragenitale Sklerosen 11 (6,7 %) an der Tonsille kamen.

Aus Fällen der Joseph'schen Poliklinik während der Jahre 1888 bis 1895 hat Stiebel folgendes Resultat erhalten: 50 extragenitale Sklerosen (31 Männer und 19 Frauen); davon an der Tonsille 1 Mann (2,86 %) und 2 Frauen (10,53 %).

Gay hat in Russland während 24 Jahren nur 2 Fälle von Primäraffekt der Tonsille gesehen und glaubt damit die Behauptung anderer zu widerlegen, dass der Primäraffekt der Tonsille in Russland häufig sei.

Protzek fand in der Klinik von Professor Neisser in Breslau unter 93 extragenitalen Primäraffekten nur 2 Primäraffekte des Gaumens und 1 (1,07 %) der Tonsille.

In der Fournier'schen Klinik wurden nach Morel-Lavallée während eines Jahres 45 extragenitale Primäraffekte gefunden, davon nur 1 (2,02 %) der Tonsille.

Duncan Bulkley hat die Statistiken verschiedener Länder über das Verhältnis der Häufigkeit der Initialsklerose auf der Tonsille zu den übrigen extragenitalen Sklerosen zusammengestellt:

Land	**Summe** der **extr. P. A.**	**Summe** der **P. A. der Tonsillen**	%
Frankreich u. Belgien	2653	132	5 %
Vereinigte Staaten	1897	56	2,9 %
Italien	921	23	2,04 %
Oesterreich-Ungarn	829	22	2,6 %
Deutschland, Schweiz und Holland	774	11	1,4 %
Grossbritannien und Irland	558	15	2,6 %
Dänemark, Schweden und Norwegen	122	22	18. %

Unter 21 extragenitalen Sklerosen fand Bulkley nur einen Tonsillarschanker; nach einer späteren Statistik waren unter 110 extragenitalen Sklerosen 15 auf der Tonsille lokalisiert.

Unter 26 extragenitalen Primäraffekten, die Ohmann-Dumesnil zusammengestellt hat, war nur einmal die Tonsille befallen.

Sendziak hat 3767 Initialsklerosen der Mund- und Rachenhöhle, sowie der Nase und des Ohres aus der Literatur gesammelt. Davon entfielen auf die Mundhöhle 2741, die Rachenhöhle 790, die Nase 118, den Nasenrachenraum 88, das Ohr 28, den Kehlkopf 2. Am häufigsten fand sich der Primäraffekt an den Lippen, nämlich 2189 mal, nächstdem mit 599 Fällen an den Mandeln.

Unter 206 extragenitalen Sklerosen, über die Neumann berichtet, fanden sich 30 der Tonsille.

1897 kamen auf der syphilitischen Frauenabteilung der Charité nach den Angaben Bieck's 15 extragenitale Sklerosen zur Beobachtung, davon 3 an der Tonsille.

Unter 29 extragenitalen Sklerosen, die Friedmann mitteilt, fand sich nur 1 Primäraffekt der Tonsille.

Witte fand dagegen unter 14 extragenitalen Primäraffekten aus der Kieler dermatologischen Klinik 4 der Tonsille.

Cheatheam beobachtete in 1½ Jahren 12 Initialsklerosen der Tonsille.

Nach einer Statistik von F. Bloch aus der Klinik von Professor Pick wurden dort 1885—1895 nur 3 Fälle von Primäraffekt der Tonsille beobachtet.

Mauriac fand sogar unter 76 extragenitalen Sklerosen keine auf der Tonsille lokalisierte.

Van Haren hat in der Klinik und Poliklinik für Haut- und venerische Krankheiten zu Amsterdam während der Jahre 1886 und 1887 unter 46 extragenitalen Sklerosen nur einen Primäraffekt der Tonsille beobachtet.

Die Häufigkeit des Vorkommens des Primäraffektes der Tonsille im Verhältnis zu denen der Lippen, der Mundhöhle und des Rachens, das Betroffen-

sein beider Tonsillen und die eventuelle Bevorzugung der rechten oder linken Tonsille, das gleichzeitige Bestehen eines Primäraffektes der Tonsille und eines an anderer Stelle lokalisierten, sowie das Verhältnis des Geschlechtes der Befallenen geht aus folgenden Angaben hervor:

Nach einer Statistik Desnos's kamen auf 77 Initialsklerosen der Mundhöhle 16 (20,7 %) der Tonsille.

Nivet fand in 30 Fällen Primäraffekte der Tonsille, nur 5 mal solche des Gaumens.

Hopmann sammelte aus der Literatur 509 Fälle von Sklerosen des Rachens; davon betrafen 428 die Tonsille, während 81 an den übrigen Teilen des Rachens lokalisiert waren.

Schadeck hat 46 Primäraffekte des Rachens zusammengestellt; davon betrafen 34 (73,9 %) die Tonsille, 12 die anderen Teile des Rachens.

Seifert hat 179 Primäraffekte des Rachens aus der Literatur gesammelt; davon fanden sich 24 an den Fauces, 62 auf den Tonsillen (ohne nähere Bezeichnung auf welcher), 52 auf der rechten, 29 auf der linken Tonsille, 12 auf beiden Tonsillen (insgesamt 155 der Tonsille = 86,6 %).

Unter 15 Fällen von Primäraffekt der Tonsille fand Bulkley 9 auf der rechten und 3 auf der linken Tonsille, sowie 3 auf beiden Tonsillen.

Krefting hat aus 36 Initialsklerosen das entgegengesetzte Resultat erhalten: 15 mal war die Sklerose auf der rechten, 21 mal auf der linken Tonsille lokalisiert.

Pospelow zitiert 31 Primäraffekte der Tonsille bei Frauen; davon betrafen 16 die rechte, 6 die linke Tonsille, 9 beide Tonsillen.

Fournier fand 12 mal die rechte, 14 mal die linke und 1 mal beide Tonsillen als Sitz des Primäraffektes.

Was das Zahlenverhältnis von den mit Primäraffekt der Tonsille behafteten Männern zu den Weibern anlangt, so fand Nivet zum Beispiel unter 30 Fällen 24 Weiber und nur 6 Männer, während nach Stiebel von 3 Initialsklerosen der Tonsille eine einen Mann und zwei Frauen betrafen. Unter 80 Fällen Stone's waren 49 Männer und in 3 von Liven veröffentlichten Fällen waren sämtliche Erkrankte Männer.

Worin der Grund für die Verschiedenheit der zuvor angeführten Prozentzahlen liegt, lässt sich schwer bestimmen. Die hohe Prozentzahl Rosenquist's, nach der 55,6 % aller extragenitalen Primäraffekte die Tonsille betrafen, würde sich, wie er selbst angibt, dadurch erklären lassen, dass die Erkrankten fast durchweg aus russischen Dörfern stammten, und somit die häufige Lokalisation des Primäraffektes auf der Tonsille in den sozialen Zuständen und dem intimen Familienverkehr dieser auf verhältnismässig niedriger Kulturstufe stehenden Bevölkerung zu suchen ist. Dass die hohe Prozentzahl in manchen Ländern, wie Petersen es für Frankreich annimmt, eine Folge der in ihnen mehr verbreiteten widernatürlichen Befriedigung des Geschlechtstriebes zu suchen sei, ist kaum anzunehmen, da fast nach allen Autoren der widernatürliche Geschlechtsverkehr gar nicht ein so grosses Kontingent zu der syphilitischen Infektion der Mundhöhle und speziell der Tonsille stellt. Ferner geht aus den angeführten statistischen Daten hervor, dass die Primäreffekte der Tonsille unter denen der Mundhöhle eine grosse Rolle spielen, dass ferner selten beide Tonsillen ergriffen sind und schliesslich in Bezug auf Häufigkeit der rechten oder linken Tonsille weder die eine noch die andere bevorzugt ist. Ein Schluss bezüglich der Anzahl der befallenen Männer im Verhältnisse zu derjenigen der Weiber lässt sich aus den sich zum Teil widersprechenden Angaben nicht machen.

Auffallend bei fast allen deutschen Statistiken ist die geringe Prozentzahl von Primäraffekten der Tonsille im Verhältnisse zu den anderen extragenitalen Primäraffekten. Es war daher für mich eine sehr dankenswerte Arbeit, als Herr Professor Dr. Lesser mich beauftragte, die in der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Charité während der Jahre 1900 bis Ende 1905 beobachteten Fälle von Primäraffekt der Tonsillen zusammenzustellen, besonders da sich, wie später gezeigt werden wird, ein überraschendes Resultat ergab. Während dieser Zeit wurden 101 extragenitale Primäraffekte beobachtet; davon entfielen 22 auf die Tonsille (21,7 %). Die rechte Tonsille war 10 mal, die linke 7 mal Sitz eines Primäraffektes, in 3 Fällen war er doppelseitig. Zweimal wurden kontemporäre Primäraffekte beobachtet: in dem einen Falle (21) bestand ein Primäraffekt der linken Tonsille — Diagnose durch Exzision und mikroskopische Untersuchung bestätigt — und des linken labium maius, bei dem anderen (22) ein Primäraffekt der rechten Tonsille und des penis.

Lippen, Mundhöhle und Rachen waren insgesamt 88 mal Sitz eines Primäraffektes; davon kamen 22 auf die Tonsille (25 %).

Von den Befallenen waren 9 (40,9 %) Männer und 13 (59,1 %) Weiber.

Die auffallend hohe Prozentzahl meiner Fälle, die nur von der Rosenquist's (55,6 %) übertroffen wird und etwa der Pospelow's (23,2 %) gleichkommt, während alle übrigen Zahlen sie nicht entfernt erreichen, lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass in der Lesser'schen Klinik bei allen Fällen, in denen kein genitaler oder ein sofort ins Auge fallender extragenitaler Primäraffekt vorhanden war, das ganz besondere Augenmerk auf die Tonsillen gerichtet wurde. So gelang es, mehrere Primäraffekte der Tonsille zu diagnostizieren, die von anderer Seite nicht erkannt

worden waren; ich verweise auf die später angeführten Fälle 6, 7, 8, 9, 12, 15, 16, 17 und 20, die allerdings insofern bezüglich der Diagnose eine Schwierigkeit darboten, als bei ihnen zum Teil Sekundärerscheinungen bei der ersten Untersuchung nicht vorhanden waren.

Ein nennenswerter Unterschied in der Häufigkeit des Befallenseins der rechten oder linken Tonsille (10 und 7), aus dem ein sicherer Schluss hätte gezogen werden können, war nicht vorhanden.

Die Häufigkeit des Befallenseins der Tonsille (25 %) im Verhältnisse zu den übrigen Teilen des Rachens beweist, dass der Primäraffekt der Tonsille unter denen der Mundhöhle eine grosse Rolle spielt. Ein Schluss aus der Zahl der befallenen Männer zu derjenigen der Frauen (9 : 13) liess sich nicht ziehen.

Ich lasse nun die Krankengeschichten meiner Fälle folgen.

I. Primäraffekte der rechten Tonsille.

1. 24jährig. Schriftsetzer, am 16. 7. 02 aufgenommen. Seit dem 22. 6. 02 Schluckbeschwerden. — Maculo-papulöses Syphilid am Rumpfe und an den Extremitäten. An den Genitalien nichts Krankhaftes. Inguinaldrüsen beiderseits bohnengross. An der rechten Halsseite ein hartes, hühnereigrosses Drüsenpaket. Auf der rechten Tonsille ein fast verheiltes Ulcus. 5. 8. 02 nach 40 Einreibungen mit Ungt. ciner. (à 4 gr) geheilt entlassen.

2. 20jährig. Plätterin, aufgenommen am 14. 8. 01. Etwa seit Ende Juli starke schmerzhafte Anschwellung an der rechten Halsseite etwas unterhalb des Ohres bemerkt, seit Anfang August Kopfschmerzen und Mattigkeit, seit dem 11. 8. rote Flecke am Körper. — Am Rumpfe und den Extremitäten maculo-papulöses Syphilid. An beiden grossen Labien nässende Papeln; sonst ad genitalia nihil. Inguinales beiderseits linsengross. Zwischen Processus mastoïdeus und Kiefer-

winkel rechts hühnereigrosses hartes, nicht schmerzhaftes Drüsenpaket. Rechte Tonsille etwa wallnussgross, an ihrer Innenseite ein Groschenstück grosses ziemlich tiefes Geschwür; rechte Tonsille fühlt sich hart an. 19. 8. Schwellung der Drüsen an der rechten Halsseite etwas geringer, Primäraffekt wenig verändert. 26. 8. Drüse noch gut erbsengross; rechte Mandel abgeschwollen, Geschwür beginnt sich zu überhäuten. 9. 9. Keine manifesten Erscheinungen von Lues mehr. Nach einer Kur von 13 Sublimateinspritzungen (à 0,01 Sublimat) und 21 Einreibungen mit Ungt. Hydr. ciner. (à 4 gr) geheilt entlassen.

3. 21 jährig. Dienstmädchen, aufgenommen am 3. 4. 02. Letzter Coïtus angeblich Anfang Dezember 1901. Seit kurz vor Weihnachten 1901 Schluckbeschwerden rechts, seit Ende Januar 1902 nässende Stellen an den Genitalien. Inguinales beiderseits erbsen- bis kleinbohnengross. An den kleinen Labien und am After einige nässende Papeln; sonst ad genitalia nihil. Auf Brust und Bauch Reste einer Roseola. Beide Tonsillen geschwollen und zerklüftet, besonders stark geschwollen die rechte. 14. 4. Inzision der rechten Tonsille; es entleert sich schmutzig gelbbraunes Sekret. 4. 5. unter dem Sternocleidomastoïdeus nach völligem Zurückgehen der Entzündung eine gut wallnussgrosse, harte, schmerzlose Geschwulst zurückgeblieben. Auf der rechten Tonsille achtförmige Vertiefung. 15. 5. nach 34 Einreibungen mit Ungt. Hydr. ciner. (à 4 gr) geheilt entlassen.

4. 18 jährig. Dienstmädchen, aufgenommen am 6. 10. 00. Seit Anfang August 1900 Halsschmerzen, seit etwa 14 Tagen Ausschlag im Gesicht und am Körper. — Maculo-papulöses Syphilid des Gesichts, Rumpfes und der Extremitäten. Beide Tonsillen geschwollen, besonders stark die rechte, mit grossen, gelblich grauen Belägen bedeckt. Rechts einige Cervical- und Nuchaldrüsen sehr stark geschwollen.

Inguinales beiderseits kleinbohnengross. An den Schamlippen einige nässende Papeln, sonst ad genitalia nihil. 20. 10. Schwellung der rechten Tonsille zurückgegangen, grauer Belag auf ihr. 10. 11. unter dem rechten Sternocleidomastoïdeus noch gut bohnengrosse Drüse, rechte Tonsille noch etwas geschwollen; sonst keine manifesten Erscheinungen von Lues. 22. 11. nach einer Kur von 20 Sublimateinspritzungen (à 0,01 Sublimat) und 10 Einreibungen mit Ungt. Hydr. ciner. (à 4 gr) geheilt entlassen.

5. 25 jährig. Kellner, aufgenommen am 11. 6. 02. Letzter Coïtus angeblich am 15. 5. 02. Seit Anfang Juni 1902 starke Anschwellung an der rechten Halsseite und Schluckbeschwerden, bald darauf Ausschlag am Körper. — Maculo-papulöses Syphilid am Rumpfe und an den Extremitäten. An Eichel und innerem Vorhautblatte einige linsengrosse nässende Papeln. Inguinales beiderseits kleinbohnengross; dorsales Lymphgefäss kaum verdickt. Dicht unterhalb des rechten Kieferwinkels, am vorderen Rande des Sternocleidomastoïdeus und zum Teil unter ihm liegend, eine gut wallnussgrosse, harte, indolente Drüse. Beide Tonsillen geschwollen und gerötet, besonders stark die rechte: auf ihr ein dicker grauer Belag. Rechte Tonsille etwas härter als linke. 20. 6. Rechte Tonsille noch etwas geschwollen, mit grauem Belage bedeckt. Drüsenschwellung am Halse kleiner geworden. 27. 6. Exanthem verschwunden. Rechte Tonsille kaum noch geschwollen. Drüsenschwellung am Halse bedeutend zurückgegangen. Nach einer Kur von 3 Sublimateinspritzungen (à 0,01 Sublimat) und 12 Einreibungen mit Ungt. Hydr. ciner. (à 4 gr) (aus äusseren Gründen) gebessert entlassen.

6. 26 jährig. Schneidermeister, aufgenommen 2. 4. 1904. Anfang März 1904 Halsschmerzen auf der rechten Seite. Arzt verordnete Gurgelwasser, Halsschmerzen liessen nach, doch blieb eine Anschwellung an der rechten Halsseite zurück. Bald

darauf Ausschlag am Körper und an der Stirn bemerkt. — Vor dem rechten Sternocleidomastoïdeus eine haselnussgrosse, harte, nicht schmerzhafte Drüse. Sonst keine Drüsenschwellungen. Auf der Stirn, an den Armen und am Körper spärliches papulöses Syphilid. Rechte Tonsille stark hypertrophisch, gerötet; auf ihr ein tiefes Geschwür mit schmierig belegtem Grunde. Linke Tonsille etwas gerötet; auf ihr einige Plaques. Ad genitalia nihil. 20. 4. Geschwür auf der Tonsille hat sich gereinigt und verkleinert. Exanthem im Rückgange begriffen. Drüse vor dem Sternocleidomastoïdeus noch gut bohnengross. 7. 5. Exanthem fast völlig geschwunden. Rechte Tonsille noch vergrössert, Geschwür noch nicht verheilt. Pat. verlässt gegen ärztlichen Rat ungeheilt die Charité.

7. 18jährig. Dienstmädchen, aufgenommen 11.6.04. Angeblich kein Coïtus. Anfang April Hals- und Kopfschmerzen. Arzt verordnete Gurgelungen und Einreibungen mit Jodsalbe. Seit 14 Tagen an Stirn und Genitalien Ausschlag. — Impetigo capitis. Spärliches papulöses Exanthem auf Stirn, Rumpf und Gliedmassen. Vordere Gaumenbögen, Uvula und beide Tonsillen stark gerötet. Rechte Tonsille stark geschwollen, zeigt linsengrossen Defekt, dessen Grund speckig belegt ist. Am rechten Kieferwinkel gut bohnengrosse, harte Drüse. Sonst nur geringe Drüsenschwellungen. Hymen intactum. Ad genitalia nihil. 21. 6. Exanthem bedeutend zurückgegangen. Rechte Mandel etwas abgeschwollen, Defekt noch vorhanden. 13. 7. Rötung und Schwellung der Rachenorgane zurückgegangen, rechte Tonsille noch etwas vergrössert, Defekt verheilt. Geheilt entlassen.

8. 23 jährig. Mamsell, aufgenommen 16. 5. 04. Letzter Coïtus angeblich 1. 1. 04. Anfang Februar Halsschmerzen und Schluckbeschwerden. Verschiedene Aerzte verordneten Gurgelwässer. — Rechte Tonsille stark hypertrophisch, auf ihr ein zehnpfennigstück-

grosses Geschwür, mit graugelb belegtem Grunde und infiltrierten Rändern. Die Tonsille fühlt sich hart an. Unter dem rechten Kieferwinkel längliche, torpedoartige Drüse. Sonst ausser einigen kleinen Inguinaldrüsen keine Drüsenschwellung. Am Rumpfe undeutliche Roseola. An den grossen Labien papulae madidantes. 24. 5. Schwellung der Mandel zurückgegangen, Geschwür noch nicht verheilt. 7. 6. Rachenbefund normal. 19. 6. Kein krankhafter Befund. Geheilt entlassen.

9. 18 jährig. Maurer, aufgenommen 20. 5. 04. Letzter Coïtus angeblich vor 10 Wochen. Vor 6 Wochen Anschwellung an der rechten Seite des Halses bemerkt; Schluckbeschwerden und Halsschmerzen bestanden nicht. Arzt verordnete Gurgelwässer und kalte Umschläge; danach geringe Besserung. Da die Anschwellung nicht völlig verschwand, konsultierte er einen zweiten Arzt, der Verdacht auf Lues äusserte und Aufnahme in die Charité anriet. — Am Rumpfe mässig stark ausgebreitetes maculo-papulöses Syphilid. Rechte Tonsille hypertrophisch, tief zerklüftet, ohne Belag, zeigt einen von oben nach unten verlaufenden tiefen Spalt. Unter dem rechten Kieferwinkel eine etwa 6 cm lange, torpedoförmige, harte, nicht druckschmerzhafte Drüse. Inguinaldrüsen beiderseits kleinbohnengross (sollen schon seit Jahren vorhanden sein). 28. 5. Schwellung der Tonsille zurückgegangen, sonst Befund unverändert. Auf Wunsch ungeheilt entlassen.

10. 24 jährig. Dienstmädchen, aufgenommen am 17. 4. 05. Letzter Coïtus angeblich Mitte Februar. Seit Mitte März Halsschmerzen und schmerzhafte Anschwellung unter dem rechten Kieferwinkel bemerkt. Auf der rechten Tonsille linsengrosses Geschwür, mit schmierig belegtem Grunde. Rechts eine über haselnussgrosse harte Submaxillardrüse. Cervicaldrüsen beiderseits mässig geschwollen. Am linken labium maius eine nässende Papel. Sonst ad genitalia nihil.

25. 4. Wegen Quecksilbererythems Kur ausgesetzt. 29. 4. Auf der rechten Tonsille noch etwas Belag. Drüsenschwellung wenig zurückgegangen. Kur fortgesetzt. 12. 5. Geschwür auf der Tonsille verheilt. Drüsenschwellung geht langsam zurück. 30. 5. Ausser geringen Drüsenschwellungen keine Erscheinungen von Lues mehr. Geheilt entlassen.

II. Primäraffekte der linken Tonsille.

11. 23 jährig. Dienstmädchen, aufgenommen am 10. 6. 02. Letzter Coïtus angeblich vor 2 Jahren (?). Anfang Mai 02 linksseitige Mandelentzündung; gleichzeitig trat starke Schwellung an der linken Halsseite auf. Seit Anfang Juni rote Flecke am Körper und Haarausfall. — Inguinales links gut erbsengross, rechts kaum erbsengross. Ausser anderen unbedeutenden Drüsenschwellungen an der linken Halsseite, 2 Querfinger unterhalb des Ohres, schon bei der Besichtigung ins Auge fallend, eine unter dem Sternocleidomastoïdeus liegende taubeneigrosse, harte Drüsengeschwulst; daran sich anschliessend eine Anzahl kleinerer harter Cervicaldrüsen. Beide Tonsillen stark vergrössert, lebhaft gerötet, mit dicken, grauweisslichen, diphtherieähnlichen Belägen bedeckt. Auf der linken Tonsille ovale Erosion. An beiden kleinen Labien einige linsen- bis bohnengrosse nässende Papeln. 20. 6. Erosion an der linken Tonsille noch vorhanden. Drüsenschwellung am Halse etwas geringer. 27. 6. Cervicaldrüse unter dem linken Sternocleidomastoïdeus noch haselnussgross. Erosion der linken Tonsille in der Heilung begriffen. 30. 7. nach einer Kur von 18 Sublimateinspritzungen (à 0,01 Sublimat) und 12 Einreibungen mit Ungt. Hydr. ciner. (à 3 gr) geheilt entlassen.

12. 15 jährig. Schlosserlehrling, aufgenommen am 2. 2. 01. Geschlechtlicher Umgang bestimmt in Abrede gestellt. Seit Weihnachten 1900 bedeutende Anschwellung an der linken Halsseite unterhalb des

Kieferwinkels und Halsschmerzen. Mitte Januar vom Patienten selbst angeblich Geschwür auf der linken Mandel bemerkt. Arzt verordnete Umschläge und Gurgelungen, ohne dass Besserung eintrat. Seit Ende Januar 1901 rote Flecke am Körper. Patient gibt an, bei seinen Eltern wohne ein junges Mädchen, das wegen eines Ausschlages behandelt worden sei; mit diesem habe er öfter dieselbe Zigarette geraucht. — Ausser anderen unbedeutenden Drüsenschwellungen an der linken Halsseite zwei Querfinger unterhalb des Kieferwinkels am vorderen Rande des Sternocleidomastoïdeus und zum Teil unter ihm liegend einige sehr stark geschwollene, harte Drüsen. Am Rumpfe und an den Extremitäten kleinfleckige Roseola. Linke Tonsille etwa pflaumengross, gerötet, Oberfläche zerklüftet, mit kleinen grauen Belägen bedeckt, fühlt sich knorpelhart an. 14. 2. Drüsen am Halse kleiner geworden. Linke Tonsille noch mässig geschwollen, ohne Beläge. 7. 3. Cervicaldrüsen links noch mässig geschwollen. Linke Tonsille nicht mehr vergrössert. 13. 3. nach einer Kur von 6 Sublimateinspritzungen (à 0,01 Sublimat) und 30 Einreibungen mit Ungt. Hydr. ciner. (à 4 gr) geheilt entlassen.

13. 24 jährig. Kellner, aufgenommen am 12. 2. 02. Mitte Januar 1902 starke, nicht schmerzhafte Anschwellung an der linken Halsseite: etwa seit Anfang Februar Ausschlag am Körper. — Am Rumpfe und an den Gliedmassen mässig stark ausgedehntes maculopapulöses Exanthem. Auf Eichel und Vorhaut einige Papulae madidantes. Ausser anderen unbedeutenden Drüsenschwellungen dicht unterhalb des linken Kieferwinkels unter dem Sternocleidomastoïdeus eine aus mehreren harten Drüsen sich zusammensetzende hühnereigrosse Geschwulst. Linke Tonsille stark geschwollen und gerötet, mit grauweissem Belage bedeckt. 28. 2. Linke Tonsille noch vergrössert, an ihrem hinteren Rande flache Erosion, mit grauem Belage

bedeckt. 15. 3. Geschwür der linken Tonsille geheilt. 20. 3. Drüse am Halse noch wallnussgross. Sonst keine manifesten Erscheinungen von Lues mehr. Nach 30 Einreibungen von Ungt. Hydr. ciner. (à 4 gr) geheilt entlassen.

14. 22 jährig. Näherin, aufgenommen am 29. 4. 02. Letzter Coïtus angeblich am 5. 4. 02 (Coïtus primus). Etwa seit dem 20. 3. 02 heftige Halsschmerzen. Arzt verordnete Gurgelungen und „beizte“ den „Hals“. Seit Anfang April heftige Kopfschmerzen; zu gleicher Zeit rotfleckiger Ausschlag am Körper. Angeblich durch Küssen und Trinken aus dem Glase kranker Personen angesteckt. — Am Rumpfe und an den Extremitäten mässig ausgedehntes maculo-papulöses Exanthem. An den Genitalien einige nässende Papeln. Inguinaldrüsen kaum zu fühlen. Auf der geröteten und etwas vergrösserten, sich hart anfühlenden Tonsille zehnpfennigstückgrosses, scharf begrenztes, flaches Geschwür, sich allmählich nach der Mitte zu vertiefend. Unter dem linken Sternocleidomastoïdeus, dicht unterhalb des linken Kieferwinkels, wallnussgrosse harte Geschwulst. 9. 5. Geschwür auf der Tonsille verheilt. Drüse am Halse noch stark geschwollen. 16. 5. Drüse am Halse noch haselnussgross. Keine manifesten Erscheinungen von Lues mehr. Nach 8 Sublimateinspritzungen (à 0,01 Sublimat) und 7 Einreibungen von Ungt. Hydr. ciner. (à 4 gr) gebessert entlassen.

15. 48 jährig. Kutscherfrau, aufgenommen 20. 10. 02. Mitte Juli 1902 Schluckbeschwerden links und harte Anschwellungen der linken Halsseite. Ende August 1902 Ausssschlag am Körper. Arzt verordnete gelbe Salbe und Umschläge, ohne dass Besserung eintrat. Anderer Arzt diagnostizierte Lues und veranlasste Aufnahme in die Charité. — Am Körper maculo-papulopustulo-crustöses Syphilid. An den Unterschenkeln und Füssen kreis-, sichel- und achtförmige Geschwüre. Auf den Fusssohlen erodierte Papeln. An den äusseren

Genitalien, sowie in der Vagina und am Cervix nichts krankhaftes. Inguinales beiderseits bohnengross. An der linken Halsseite, zwei Querfinger unterhalb des Kieferwinkels, am vorderen Rande des Sternocleidomatoïdeus und zum Teil unter ihm liegend, eine rundliche, wallnussgrosse, harte, indolente Geschwulst. Auf der geröteten und etwas vergrösserten, sich derb anfühlenden linken Tonsille kraterförmiges, unregelmässig begrenztes, etwa fünfpfennigstückgrosses Geschwür, in Heilung begriffen. Auf dem vorderen linken Gaumenbogen mehrere Plaques muqueuses, zum Teil auf das Ulcus übergreifend. 28. 10. Syphilid im Rückgange begriffen. 4. 11. Exanthem in der Abheilung begriffen. Drüse unter dem Sternocleidomastoïdeus noch stark geschwollen. 18. 11. Tonsillen, abgesehen von der Narbe links, ohne krankhaften Befund. Drüse unter dem Sternocleidomastoïdeus etwa bohnengross. Exanthem fast völlig abgeheilt. Gebessert entlassen.

16. 26 jährig. Kaufmann, aufgenommen am 7.11.03. Letzter Coïtus angeblich vor 5 Wochen. Seit 5 Wochen Halsschmerzen. Ein konsultierter Arzt machte eine Injektion von Behring'schem Serum und sandte ihn dann in ein Krankenhaus, wo nochmals eine Injektion gemacht wurde. Am 31. 10. 03 gebessert von dort entlassen. Seit 4 Tagen Ausschlag am Körper. Deshalb Aufnahme in die Charité.

Am ganzen Rumpfe starkes maculo-papulöses Exanthem, mit vereinzelten Pusteln. Gaumenbögen und Tonsillen geschwollen und gerötet. Die linke Tonsille ist tief nekrotisch zerfallen. Zwischen Unterkiefer und Sternocleidomastoïdeus beiderseits etwa haselnussgrosse Drüse, die links druckschmerzhaft ist. 10. 11. Belag der linken Tonsille hat sich fast völlig abgestossen. Exanthem geht zurück. 17. 11. Auf der linken Tonsille noch etwas grau-weisser Belag. 19. 11. Auf Wunsch gebessert entlassen.

17. 26 jährig. Tischler, aufgenommen am 12. 10. 03. Letzter Coïtus angeblich vor vier Wochen. Etwa am 10. 9. heftige Halsschmerzen und Schwellung an der linken Halsseite bemerkt. Arzt verordnete Jodkalisalbe und Gurgelwasser. Seit 8 Tagen Ausschlag am Körper. — An den Armen und am Rumpfe dicht stehendes kleinpapulöses Exanthem. Inguinaldrüsen beiderseits erbsengross. Vor dem linken Sternocleidomastoïdeus eine etwa kleinfingerlange, harte Drüsengeschwulst. Die ganze linke Halsseite ist stark geschwollen und auf Druck schmerzhaft. Angina specifica. Gegend der linken Tonsille stark geschwollen; an der Stelle der Tonsille sieht man ein tiefes, scharfrandiges Geschwür mit nekrotischem Grunde. 17. 11. Schwellung der linken Tonsille etwas zurückgegangen, Nekrose noch vorhanden.

2. 12. Exanthem am Rumpfe geht zurück. Die linke Mandel hat sich gereinigt. Geschwür fast völlig verheilt. 16. 12. Ausser geringen Drüsenschwellungen kein krankhafter Befund. Geheilt entlassen.

Primäraffekte beider Tonsillen.

18. 18 jährig. Mamsell, aufgenommen am 20. 2. 02. Vor drei Wochen ein Coïtus (über vorhergehende nichts zu ermitteln). Seit Mitte Januar 1902 Ausschlag am Körper, an den Genitalien niemals etwas bemerkt. — Am Rumpfe und an den Armen maculo-papulöses Syphilid in mässig starker Ausdehnung; einige Papeln im Gesicht. Ad genitalia nihil. Beiderseits Inguinales einige harte erbsengrosse. An jeder Seite des Halses, etwas unterhalb der Kieferwinkel, am vorderen Rande des Sternocleidomastoïdeus, sehr stark geschwollene, harte, indolente Drüse. Beide Tonsillen sehr stark geschwollen und gerötet, fühlen sich hart an.

29. 2. Tonsillarbefund wenig verändert; Drüsenschwellung am Halse etwas geringer. 15. 3. Tonsillen

abgeschwollen, Halsdrüsen noch gut mandelgross. 4. 4. nach 33 Einreibungen mit Ungt. Hydr. ciner. (à 4 gr) geheilt entlassen.

19. 18 jährig. Stickerin, aufgenommen am 19. 11. 00. Letzter Coïtus angeblich vor 7 Wochen (über vorhergehende nichts zu ermitteln). Seit Anfang Oktober 1900 Schluckbeschwerden beiderseits und harte Anschwellungen an beiden Seiten des Halses: seit Anfang November Ausschlag am Körper. — Am Rumpfe und an den Extremitäten stark ausgebreitetes maculo-papulöses Exanthem; im Gesicht viele Papeln. Ad genitalia nihil. Inguinales links erbsengross, rechts kaum linsengross. Ausser einigen anderen unbedeutenden Drüsenschwellungen an jeder Halsseite sehr stark geschwollene tiefe Cervicaldrüse. Beide Tonsillen sehr stark geschwollen, fühlen sich auffallend hart an. 3. 12. Anschwellung der Cervicaldrüsen und Tonsillen zurückgegangen; Tonsillen noch ziemlich derb. 31. 12. Tonsillen abgeschwollen, Cervicaldrüsen noch etwa kleinbohnengross. Nach 36 Einreibungen mit Ungt. Hydr. ciner. (à 4 gr) geheilt entlassen. 9. 5.—21. 6. 01 wegen Recidivs (starkes maculo-papulöses Syphilid. Angina specifica, Papulae madidantes ad genitalia) mit 36 Einreibungen behandelt und geheilt entlassen.

20. 25 jährig. Dienstmädchen, aufgenommen am 16. 10. 03. Letzter Coïtus angeblich vor 4 Monaten. Etwa Mitte September Anschwellungen an beiden Halsseiten bemerkt; zugleich bestanden Halsschmerzen und Ohrenreissen. Ein Arzt verordnete Gurgelungen, ohne dass Besserung eintrat. Patientin wendete sich darauf an eine Poliklinik, von wo aus ihre Aufnahme in die Charité veranlasst wurde.

Beide Tonsillen stark vergrössert, mit dickem grauen Belage bedeckt. Am Unterkieferwinkel beiderseits eine kleintaubeneigrosse Cervicaldrüse. Inguinales beiderseits erbsengross. Am Rumpfe Roseola. Am

rechten labium maius papulae madidantes. 1. 11. Schwellung der Tonsillen etwas zurückgegangen, Belag hat sich zum Teil abgestossen.

20. 11. Tonsillen noch vergrössert, ohne Belag. Cervicaldrüsen noch haselnussgross. Roseola verschwunden. 5. 12. Ausser geringen Drüsenschwellungen kein krankhafter Befund. Geheilt entlassen.

Contemporäre Primäraffekte.

21) Primäraffekt der linken Tonsille und des linken Labium maius.

17 jährig. Dienstmädchen, aufgenommen am 22. 4. 02. Anfang Januar 1902 hartes Geschwür an der linken grossen Schamlippe; seit Mitte Januar Halsschmerzen. Etwa Anfang April Ausschlag am Körper.

Am Rumpfe und an den Extremitäten mässig starkes maculo-papulo-crustöses Exanthem. An den Labien einige nässende Papeln. Inguinales rechts linsengross, links gut bohnengross. An der linken Halsseite, etwas nach abwärts vom Kieferwinkel, fast hühnereigrosse, harte, nicht druckschmerzhafte Drüse, und von ihr nach abwärts verlaufend ein Strang erbsen- bis bohnengrosser Cervicaldrüsen. Linke Tonsille sehr stark geschwollen; auf ihr ein grau belegtes, mit scharfen Rändern versehenes, gut Zweimarkstückgrosses Geschwür. Linkes grosses Labium zeigt bräunlich-blaue Verfärbung neben geringer Schwellung und etwas derber Beschaffenheit.

24. 4. Linke Tonsille mit dem Tonsillotom exzidiert. Es zeigt sich, dass ein harter, durch das Gefühl von der Umgebung abgrenzbarer Primäraffekt vorhanden ist, der sich durch blaurote Verfärbung von der nach der Exzision blass werdenden Umgebung abhebt. Es handelt sich weniger um ein Geschwür, als um eine oberflächliche Erosion. 28. 4. Drüse am Halse nur noch wallnussgross. Schwellung des linken Labium majus geringer. 13. 5. Auf der Wundfläche der

linken Tonsille noch graue Beläge. Inguinales: links noch eine gut haselnussgrosse. 3. 6. Nach 27 Sublimateinspritzungen und 7 Einreibungen mit Ungt. Hydr. ciner. geheilt entlassen.

22) Warscheinliche gleichzeitige Primäraffekte der rechten Tonsille und des Penis.

24 jährig. Hausdiener, aufgenommen am 24. 1. 02. Ende Oktober 01 Geschwür am inneren Vorhautblatte. Seit dem 16. 1. 02 starke Halsschmerzen. — Am Rumpfe grossfleckige Roseola. Im Sulcus linsengrosser, harter, schon fast verheilter Primäraffekt. Inguinales beiderseits gut erbsengross. Etwas unterhalb des rechten Kieferwinkels wallnussgrosse, harte, schmerzlose Drüse. Rechte Tonsille stark geschwollen und gerötet. Rechter vorderer Gaumenbogen und angrenzender Teil des weichen Gaumens stark geschwollen und vorgewölbt. 1. 2. Rechte Tonsille noch geschwollen, fühlt sich hart an. 15. 2. Rechte Tonsille kaum noch geschwollen. Drüse an der rechten Halsseite noch gut bohnengross. 25. 2. Nach 35 Sublimateinspritzungen (à 0,01 Sublimat) geheilt entlassen.

Ich wende mich nun zur Besprechung des Infectionsmodus, der pathologischen Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie des Primäraffektes der Tonsille.

Die Uebertragung kann erstens eine direkte sein, das heisst, das syphilitische Gift wird durch unmittelbare Berührung von Person zu Person übertragen, und zweitens eine indirekte, das bedeutet, das Virus wird durch einen dritten, das Gift von dem einen zu dem andern transportierenden Gegenstand übermittelt. Abgesehen von der direkten Uebertragung durch den Coïtus per os ist fast bei allen Infektionsarten der Speichel der Träger des syphilitischen Giftes. Der das Virus enthaltende Speichel wird beim Schlucken in die Lacunen der Tonsille hineingepresst, wenn beim zweiten Schluckakte die Gaumenbögen sich einander

nähern und der ganze Druck auf die Tonsillen ausgeübt wird. In deren Krypten bleibt dann das Infektionsmaterial liegen und kann nicht so leicht, wie an anderen Stellen des Rachens, durch die Schlingbewegungen weiter befördert werden. So erklärt sich auf mechanische Weise die Häufigkeit des Primäraffektes der Tonsille gegenüber den übrigen Teilen des Rachens. Jordan meint — eine Anschauung die sehr einleuchtend ist —, dass die Mandeln infolge häufiger bestehender Hypertrophie und vorangegangener follikulärer Angina einen locus minoris resistentiae darböten und infolgedessen sehr empfänglich für die Aufnahme des syphilitischen Virus würden. In den meisten Fällen werden nun geringe Epitheldefekte der Tonsille vorhanden sein, welche dann die Eingangspforte für das syphilitische Virus bilden. Nach neueren Untersuchungen können Infektionskeime aber auch durch die unverletzte Oberfläche der Tonsille in deren Substanz eindringen. Ebenso wie es nachgewiesen worden ist, dass Keime einzelner Krankheiten, wie der Pneumonie, des Gelenkrheumatismus und der Nephritis — J. Grober (Jena) hat dies auch für die Tuberkulose nachgewiesen — durch die unverletzte Tonsille ihren Eingang in den Körper finden können, darf man wohl auch für die Syphilis annehmen, dass selbst bei vollkommener Unversehrtheit des Tonsillarepithels eine Infektion des Körpers durch die Tonsille erfolgen kann. Die Möglichkeit dieses Infektionsmodus gewinnt durch die Untersuchungen Stöhr's sehr an Wahrscheinlichkeit. Er hat nachgewiesen, dass physiologischer Weise dauernd Leukocyten aus dem adenoïden Gewebe der Tonsillen durch deren Epithel hindurch in die Mundhöhle wandern. Dadurch werden die Epithelzellen auseinander gedrängt und ihr Gefüge gelockert. Es entstehen so engere und breitere Bahnen und Lücken, und es können dann, wenn die Menge der durchströmenden Leukocyten geringer wird und

einen Teil des gebahnten Weges freilässt, Infektionserreger in das Innere der Tonsille eindringen. Besonders einleuchtend ist diese Art des Infektionsmodus für die Syphilis, seitdem nachgewiesen ist, dass die von Schaudinn-Hoffmann gefundene Spirochaete pallida Eigenbewegung hat.

Die Uebertragung kann also, wie zuvor erwähnt wurde, eine direkte oder indirekte sein. Zu den direkten Arten gehört der Kuss und jede Art des widernatürlichen Geschlechtsverkehrs. Jedenfalls ist der Kuss unter den direkten Uebertragungsarten wohl die häufigste. Fall 14 ist ein — zwar unsicheres — Beispiel hierfür: Die Patientin führt ihre Erkrankung auf Küsse seitens kranker Personen zurück. Hulot teilt einen Fall mit, wo durch einen Kuss einer Person mit Primäraffekt der Lippe eine Sklerose der Tonsille entstand, und einen zweiten, wo eine Mutter einen Primäraffekt der Tonsille durch Kuss acquirierte, deren Tochter Plaques im Munde hatte. Ich möchte hier auch einen von Vidal mitgeteilten Fall erwähnen, wo eine Frau eine Sklerose der linken Tonsille bekam, deren Mann einen Primäraffekt des rechten Zungenrandes hatte. Eine direkte Uebertragung durch Berührung mit der Zunge ist sehr unwahrscheinlich; sicherlich ist wohl die Infektion durch Kuss oder Gebrauch derselben Ess- und Trinkgeschirre entstanden. Die Infektion durch Küssen kommt verhältnismässig häufig bei Personen vor, die nie geschlechtlichen Verkehr gepflegt haben und bei Kindern, die der Gefahr der Infektion durch den Kuss der syphilitischen Mutter ausgesetzt sind.

Der Coïtus per os bildet nach Ansicht der meisten Autoren eine verhältnismässig seltene Infektionsart; ebenso verhält es sich mit anderen sexuellen Perversitäten. Nivet sucht diese Ansicht dadurch zu bekräftigen, dass unter 30 Primäraffekten der Tonsille 24 Mal Männer und nur 6 Mal Weiber befallen waren.

Bei der Annahme, dass der Coïtus per os eine häufige Ursache einer syphilitischen Infektion der Tonsille sei, müssten natürlich die Weiber häufiger als die Männer befallen sein. Jedenfalls ist diese aus so geringen Zahlen gezogene Schlussfolgerung Nivet's auf einer absolut unsicheren Grundlage aufgebaut, da nach anderen Statistiken Männer seltener als Weiber an Primäraffekt der Tonsille erkranken. So waren zum Beispiel unter meinen Fällen fast doppelt so viel Weiber als Männer. Natürlich wird es aus leicht verständlichen Gründen sehr schwer sein, über diese Entstehungsart etwas seitens des Patienten zu erfahren.

Taylor teilt 4 Fälle von sicherem Primäraffekte der Tonsille mit, wo der Coïtus per os die Infektion vermittelte, und Charles Knight 2 Fälle desselben Infektionsmodus.

Eine weitere direkte Uebertragung kann durch das Saugen an der Brustwarze einer Syphilitischen bewirkt werden. Diese Art der Infektion kann einerseits bei Säuglingen zustande kommen, ferner aber auch bei Personen, die aus lasciven Gründen an der Brustwarze einer Syphilitischen saugen. In einigen Ländern, häufiger in Frankreich als in anderen, soll zuweilen die Infektion dadurch zustande kommen, dass eine Person an der Brustwarze einer Syphilitischen saugte, um die Warze besser erigierbar zu machen, oder an der Brustwarze einer syphilitischen zum Stillen nicht fähigen Wöchnerin, um so die Milch durch Saugen statt einer schmerzhaften Art der Entleerung zu entfernen. Jullien hat einen derartigen Fall mitgeteilt. Es handelte sich um eine Virgo intacta mit rudimentärem Uterus und rudimentärer Vagina, die bei der zuvorgenannten Gelegenheit einen doppelseitigen Primäraffekt der Tonsille acquirierte. Hierher gehört auch die von Joly 1853 mitgeteilte Alsemberger Syphilisepidemie, wo ein zehnjähriger Knabe einer grossen Reihe von Frauen die Milch aussog, sich dabei infizierte und die Syphilis auf viele seiner Klientinnen übertrug.

Taylor beschreibt einen Fall, wo ein Student einen Primäraffekt der Tonsille bekam, der bei einem asphyktischen, hereditär syphilitischen Kinde Wiederbelebungsversuche durch direktes Einblasen von Luft in den Mund machte.

Die indirekte Uebertragung des syphilitischen Virus auf die Tonsille ist eine äusserst mannigfaltige. Am häufigsten stellen wohl gemeinsam gebrauchte Ess- und Trinkgeschirre die Infektionsquelle dar. So zitiert Rosenberg einen Fall, wo sich ein Mann durch gemeinsames Trinken aus einer Kaffeekanne mit einem syphilitischen Manne einen Primäreffekt der Tonsille zuzog. Dieser Infektionsmodus soll verhältnismässig oft in Russland, Schweden und Norwegen vorkommen, wo zuweilen alle Familienmitglieder sich beim Einnehmen ihrer Mahlzeiten nur eines gemeinsamen Löffels und derselben Trink- und Essgeschirre bedienen. Auf diesen Infektionsmodus — allerdings zugleich auch auf Küssen kranker Personen — führt die Patientin in Fall 14 ihre Krankheit zurück. Dann und wann soll auch in besser situierte Familien die Syphilis durch die syphilitische Köchin eingeschleppt worden sein, indem Köchin und Hausfrau beim Kosten der Speisen von demselben Löffel Gebrauch machten.

Im Jahre 1890 veröffentlichte Ehrmann in der Wiener medizinischen Wochenschrift 4 Fälle von Tonsillarschankern mit konsekutiver Syphilis bei Personen, die der Pflege hereditärsyphilitischer Kinder oblagen. Die Infektion war dabei derart zustande gekommen, dass die Pflegerinnen den bereits in den Mund des syphilitischen Kindes zur Fütterung eingeführten Löffel mit einem neuen Bissen der Nahrung in den weit geöffneten eigenen Mund zwecks Temperaturprüfung brachten, und so entweder direkt mit dem Löffel die Tonsille berührten, oder durch den an dem Löffel sitzenden Speichel des Kindes die Uebertragung ausführten.

Nach Krefting soll in Skandinavien die Uebertragung der Syphilis auf die Tonsille kleiner Kinder in einigen Fällen dadurch zustande gekommen sein, dass die syphilitische Mutter oder Pflegerin dem Kinde die Nahrung vorkaute.

Die indirekte Uebertragung des syphilitischen Giftes auf die Tonsille kann ferner durch jeden Gegenstand vermittelt werden, den ein Syphilitischer in oder an dem Munde gehabt hat. So kommen zum Beispiele unter Tapezierern Ansteckungen durch Nägel vor, die sie häufig bei der Arbeit in den Mund nehmen und, wenn sie nicht aufgebraucht werden, wieder zurücklegen; Näherinnen infizieren sich durch Fäden, die eine kranke Mitarbeiterin bereits durch den Mund gezogen hat, Musiker durch Gebrauch ein und desselben Instrumentes, Glasbläser durch Blasen an demselben Glasrohre, Klempner durch Benutzung desselben Lötrohres, in Bureaus und Comptoirs beschäftigte Personen durch Kauen an dem Federhalter oder Bleistift eines Syphilitischen. Auch gemeinsamer Gebrauch einer Zahnbürste kann die Infektion vermitteln. Haslund beschreibt einen Fall, wo eine Virgo intacta infolge Benutzung der Zahnbürste einer Syphilitischen einen Primäraffekt der Tonsille acquirierte. Knight teilt einen Fall mit, wo gemeinsam gebrauchtes Zahnpulver als Infektionsträger diente. In einem meiner Fälle (Fall 12) wird Rauchen einer und derselben Zigarette mit einem Mädchen, das wegen „Ausschlages“ behandelt worden war, von dem Erkrankten, einem 15jährigen Schlosserlehrlinge, der geschlechtlichen Umgang bestimmt in Abrede stellte, als Ansteckungsquelle angegeben. Die Wahrscheinlichkeit, dass auf diese Art die Ansteckung erfolgt ist, ist gross, besonders da die Angabe, dass geschlechtlicher Umgang nicht stattgefunden hat, bei dem Alter des Erkrankten wohl glaubhaft ist. Dass die Infektion aber auch auf irgend eine andere Art und Weise erfolgt sein kann, ist natürlich nicht in Abrede

zu stellen. Racheninfektion kleinster Kinder soll verhältnismässig häufig durch infizierte Gummisauger hervorgerufen werden.

Hin und wieder kommen wohl auch Uebertragungen durch ärztliche und zahnärztliche Instrumente vor, so hauptsächlich durch Spatel und Tubenkatheter. Tarnowski hat 2 Fälle von Primäraffekt der Tonsille gesehen, wo die Uebertragung durch einen bei einem Syphilitischen gebrauchten Tubenkatheter herbeigeführt worden war.

Hardy teilt ohne genauere Angaben mit, dass ein amerikanischer Arzt 30 bis 40 Personen durch Katheterismus der Tuben mit Syphilis infiziert habe. In einer grossen Reihe von Fällen wird es überhaupt nicht gelingen, die Art der Infektion festzustellen, da einerseits der Erkrankte infolge der grossen Mannigfaltigkeit des Infektionsmodus sehr oft garnicht weiss, wodurch er sich mit Syphilis infiziert hat, und er andererseits, falls es sich um Uebertragung infolge sexueller Perversität handelt, wohl selten den wahren Sachverhalt angeben wird. So konnte in nur zweien von meinen 22 Fällen (Fall 12 und 14) die Infektionsquelle, und zwar auch nur mit gewisser Wahrscheinlichkeit, gefunden werden.

Ich gehe nun über zur pathologischen Anatomie des Primäraffektes der Tonsille. In der Literatur finden sich darüber nur sehr wenige Angaben. Neumann hat in seinem Lehrbuche (Syphilis) eine Abbildung eines Schnittes durch einen Primäraffekt der Tonsille gegeben.

In einem meiner Fälle (Fall 21) wurde die linke Tonsille mit dem Tonsillotom exzidiert. Es zeigte sich, dass ein harter, durch das Gefühl von der Umgebung abgrenzbarer Primäraffekt vorhanden war, der sich durch blaurote Verfärbung von der nach der Exzision blass werdenden Umgebung abhob. Auf der

Tonsille fand sich eine ziemlich flach am Rande abfallende Erosion mit ebenem Grunde. Die von diesem Präparate angefertigten Schnitte ergaben folgenden mikroskopischen Befund. Im Bereiche der Erosion fehlt das Epithel, von den Rändern an sich allmählich verdünnend, vollständig. An der Oberfläche findet sich eine Schicht, die bei Färbung mit polychromem Methylenblau viel schwächer tingiert und ziemlich dicht von Rundzellen durchsetzt ist; nach der Tiefe hin nimmt das zellige Infiltrat an Stärke zu und zeigt die bei Syphilis gewöhnliche dichtere Anordnung um die Gefässe, Im Bereiche dieses dichten Infiltrates sind die Follikel der Tonsille, welche sich in den tieferen Schichten ganz deutlich abheben, verwischt und nicht mehr erkennbar. Die Infiltratzellen sind fast sämtlich einkernig und zeigen bei der Färbung mit polychromem Methylenblau deutlich die protoplasmatische Körnung der Unna'schen Plasmazellen. Die kleineren Blutgefässe, hauptsächlich die kleineren Venen, besitzen eine verdickte und infiltrierte Wand; ihr Endothelbelag ist vielfach geschwellt, nicht selten mehrschichtig. Sie sind zum grossen Teile reichlich mit Blut gefüllt und enthalten ausserdem zahlreiche in der Mehrzahl einkernige Zellen (Lymphocyten) neben spärlichen polynucleären Leukocyten. Viele von ihnen sind mit albuminösen Massen erfüllt, die sich bei van Gieson'scher Färbung gelbbräunlich färben. Diese Massen sind mehr oder weniger von den genannten Zellen durchsetzt. Die Lymphgefässe sind meist erweitert, zeigen eine etwas verdickte und kleinzellig infiltrierte Wand, und sind stellenweise von den erwähnten albuminösen Massen, stellenweise von dicht aneinander gepressten Lymphocyten prall erfüllt. Auch die Capillaren sind geschwollen und verdickt. Die geschilderten Gefässveränderungen lassen sich auch an einzelnen Stellen in den tieferen Schichten der Tonsille feststellen.

Hier möchte ich noch eine Mitteilung Levaditi's erwähnen. In Schnitten eines Primäraffektes der Tonsille fanden sich in den oberflächlichen Schichten meist grobe Spirochaeten. Die Spirochaete pallida wurde in den tieferen Schichten in grossen Mengen, besonders in der Umgebung der Blutgefässe und zum Teil auch im Lumen der Venen gefunden.

Ich gehe nun zu den Symptomen und klinischen Formen des Primäraffekts der Tonsille über. Typisch für den Primäraffekt der Tonsille ist die Angabe der daran Erkrankten, dass sie zu gleicher Zeit mit meistens einseitigen Schluckbeschwerden eine stärkere, nicht oder nur wenig schmerzhafte, harte Schwellung an derselben Seite des Halses bemerkt hätten, während erst einige Wochen später Ausschlag am Körper sich gezeigt hätte. Ein gutes Beispiel dafür ist Fall 12. Der Erkrankte, ein 15jährig. Schlosserlehrling, der geschlechtlichen Umgang mit Bestimmtheit in Abrede stellt, bemerkte Weihnachten 1900 Halsschmerzen und eine starke Anschwellung an der linken Halsseite; erst Ende Januar sieht er rote Flecke an seinem Körper. Ein weiteres typisches Beispiel ist Fall 15. Die 48jährige Frau bemerkt seit etwa Mitte Juli 1902 Schluckbeschwerden links und eine harte Anschwellung an der linken Halsseite. Erst etwa Ende August gewahrt sie Ausschlag am Körper.

Ferner findet sich unter meinen Fällen eine grössere Anzahl, die zwar die oben erwähnten Symptome nicht so typisch darbieten, aber doch in gewissem Grade charakteristisch sind. Ich weise auf die Fälle 5 und 11 hin.

Bellissen hat als typisches Symptom für den Primäraffekt der Tonsille über Wochen sich erstreckende Schlingbeschwerden hingestellt und dieses mit dem Namen Dysphagie bezeichnet.

Pospelow hat bei den Sklerosen der Tonsille, die sich auf die Gaumenbögen und das Gaumendach aus-

dehnen, ein Symptom, wenn auch nicht konstant, beobachtet, das in meinen Fällen nicht zur Beobachtung kam. Beim Emporheben des Gaumendaches oder bei Druck mit der Sonde blasste die Sklerose ab und wurde dadurch deutlicher, ebenso wie die Sklerose der Portio uteri und des Präputiums an der Umschlagstelle abblasst. Auch hat er in einem Falle von Primäraffekt der Tonsille infolge Kompression der Tuba Eustachii durch die stark geschwollene Tonsille Taubheit auf der Seite der Sklerose beobachtet, während sonst zuweilen Schwerhörigkeit und Sausen besteht.

In der Literatur sind einige Fälle erwähnt, bei denen im Gegensatz zu den meinigen ausserordentlich heftige lokale Beschwerden vorhanden waren. So hat Ferro (Dermatologische Zeitschrift: Étude sur la forme douloureuse du chancre de l'amygdale) über zwei derartige Fälle berichtet. Einen gleichen Fall beschreibt Mauriac. Die äusserst heftigen Schmerzen schildert er mit den Worten: „affreusement torturé par ces épouvantables douleurs, que le rendaient presque fou".

Schon im Vorhergehenden wurde erwähnt, dass der Primäraffekt der Tonsille meist einseitig ist. Er bleibt fast immer auf die Tonsille beschränkt, geht zuweilen auf den vorderen Gaumenbogen, seltener auf den hinteren, ausnahmsweise auf die Zunge über.

Man hat dem Primäraffekt der Tonsille ungerechtfertigter Weise eine grössere Mannigfaltigkeit beigelegt als den Primäraffekten der Genitalien. Die Ursache dafür ist wohl die, dass der Primäraffekt der Tonsille mitunter mit anderen Affektionen der Tonsille verwechselt wird. Man kann, wie an den Genitalien, vier verschiedene Formen des Tonsillarschankers unterscheiden; den erodierten, den ulcerierten, den pseudomembranösen und den gangränösen.

Bei dem erosiven Schanker kommt es zu einer Erosion, die häufig äusserst klein ist, aber auch die

ganze Tonsille einnehmen kann. Diese ist gerötet und meist nur wenig geschwollen. Die erodierte Stelle sieht grau, opalescierend, rot, zuweilen stellenweise rot, stellenweise grau aus. Der Grund ist glatt oder infolge der Unebenheiten der Tonsille uneben. Die Härte der Mandel ist in diesen Fällen oft nur gering. Die Affektion verursacht dem Patienten gewöhnlich nur geringe Schluckbeschwerden. Ein Beispiel für diese Art der Initialsklerose der Tonsille ist Fall 21.

Der ulcerierte Primäraffekt der Tonsille stellt ein mehr oder weniger tiefes, oft kraterförmiges Geschwür mit stark infiltriertem (Fall 8), zuweilen grau belegtem Rande und Grunde dar. Die Tonsille ist meist ziemlich stark gerötet, beträchtlich vergrössert, fühlt sich hart an. Schmerzen und Schluckbeschwerden sind oft ziemlich bedeutend. Sehr charakteristisch für diese Form der Initialsklerose sind die Fälle 2, 6, 8, 10, 14, 15, 17 und 21. Die Grösse des Geschwürs schwankte zwischen Linsengrösse und der eines Zehnpfennigstückes.

Bei der diphtherischen (pseudomembranösen) Form ist die Tonsille teilweise oder ganz mit einer grauen Membran bedeckt, die sich nur schwer und unvollständig mit einer Pinzette abziehen lässt. Zuweilen besteht allgemeines Krankheitsgefühl, Appetitlosigkeit, Kopfschmerz und Fieber. Ich verweise auf meine Fälle 4, 5, 11, 13 und 20.

Der gangränöse Schanker der Tonsille ist die seltenste Form. Die Tonsille ist sehr stark geschwollen, ihre Oberfläche ist schwarz verfärbt; der Atem ist stinkend. Bisweilen kommt es infolge der starken Schwellung der Tonsille zur Behinderung der Atmung. Der Patient fühlt sich schwer krank und hat sehr heftige Schmerzen beim Schlucken, es besteht mässiges Fieber.

Bei allen Formen des Primäraffektes der Tonsille schwellen die Submaxillar-, Cervical- oder Nuchal-

drüsen der Seite, auf welcher der Primäraffekt sitzt, an. Es kommt fast immer zu bedeutenden, zuweilen kleinapfelgrossen Drüsenpaketen. Die Drüsen sind hart und meist indolent oder doch nur wenig schmerzhaft. Es kann ausnahmsweise einmal zur Erweichung kommen; in diesem Falle besteht stärkere Schmerzhaftigkeit.

In allen meinen Fällen fand sich eine tiefe Cervicaldrüse besonders stark geschwollen. Die Grösse schwankte zwischen der einer Wallnuss, eines Tauben- oder Hühnereis. Diese Drüse liegt ungefähr zwei Querfinger unterhalb des Kieferwinkels, in der Höhe des grossen Zungenbeinhornes, am vorderen Rande des Sternocleidomastoïdeus und erstreckt sich zum Teil unter ihn. Wahrscheinlich ist diese Drüse identisch mit der, welche nach Most's Angaben regelmässig am Zusammenflusse der Vena jugularis int. mit der Vena facialis communis liegt. Bei doppelseitigem Primäraffekt findet sich auch die Drüsenschwellung auf beiden Seiten (Fall 19 und 20). Ich möchte hierdurch die besondere Aufmerksamkeit auf diese Drüse lenken, deren Vergrösserung bisweilen schon beim Anblick des Patienten (Fall 11) als deutliche Schwellung der Halsseite ins Auge fällt; bei ihrer Vergrösserung sollte man nicht versäumen, den Rachen, respektive die Tonsillen einer genaueren Inspektion zu unterziehen. Der Umstand, dass bei dem Primäraffekte der Tonsille konsekutiv eine oder auch mehrere von den Glandulae cervicales profundae, und zwar von den oberen, erkranken, ist anatomisch dadurch begründet, dass diese Drüsen Lymphe vom Rachen und von den Tonsillen aufnehmen. J. Grober (Jena) hat durch Versuche nachgewiesen, dass korpuskuläre Elemente, Tuschekörnchen wie Mikroorganismen, von den Mandeln in die Halslymphdrüsen gelangen können.

Die Diagnose des Primäraffektes der Tonsille ist keine leichte, besonders bei fehlenden Sekundärerscheinungen.

Zum Teil ist dies begründet in der ungewöhnlichen Lokalisation, die vielfach den Gedanken an einen Primäraffekt überhaupt nicht aufkommen lässt. Und weiter wird die Diagnose dadurch erschwert, dass es eine Reihe von Affektionen der Tonsille gibt, die eine gewisse Aehnlichkeit mit einem Primäraffekt haben. Ohne noch einmal auf die objektiven Symptome zurückzukommen, will ich drei Kardinal-Symptome anführen, welche die Diagnose eines Primäraffektes der Tonsille in hohem Grade wahrscheinlich machen: erstens starke indolente Schwellung der zuvor genannten Drüse bei Fehlen stärkerer Drüsenschwellung an anderen Stellen, zweitens Einseitigkeit des Primäraffektes und drittens Härte der Tonsille. Die Härte der Tonsille ist in vielen Fällen nachweisbar. Sie kann hart wie eine Schwiele, wie Knorpel, ja selbst wie Holz sein. Auch die Narbe des Primäraffektes ist mitunter hart. In den Fällen 2, 5, 8, 12, 18 und 19 wurde die Härte der Tonsille konstatiert; in Fall 12 fühlte sie sich knorpelhart an. Es ist daher von grosser Wichtigkeit, dass man beim Verdacht eines Primäraffektes die Tonsille touchiert, entweder mit einem Finger von innen oder mit je einem Finger von innen und einem von aussen. Auch mit einem Glasstab kann man die Härte feststellen und gleichzeitig, ähnlich wie bei der Sklerose der Portio uteri, ein charakteristisches Blasswerden beobachten.

Ich wende mich nun zur Besprechung der Differentialdiagnose des Primäraffektes der Tonsille. Er kann Veranlassung geben zur Verwechslung mit den verschiedenen Formen der Angina, Diphtherie, Plaques muqueuses, tuberkulösen Geschwüren, Carcinom, sowie Epitheliom und ulceriertem Gumma. In den Fällen, in denen differentialdiagnostische Schwierigkeiten bestehen, wird bei vorhandenem Primäraffekt wohl häufiger eine andere Diagnose gestellt, als dass bei Vorhandensein einer anderen Erkrankung ein Primäraffekt dia-

gnostiziert wird. Einen derartigen Fall beschreibt Montgomery in der Dermatologischen Zeitschrift; in einem Falle von Staphylokocceninfektion einer Tonsillarkrypte wurde anfangs ein Primäraffekt diagnostiziert und erst später die Diagnose berichtigt.

Verhältnismässig am häufigsten wird wohl der Primäraffekt der Tonsille mit einer Angina vulgaris oder lacunaris verwechselt. Während die Angina fast immer doppelseitig auftritt, ist der Primäraffekt meist einseitig. Die Angina hält gewöhnlich nur einige Tage an, der Primäraffekt besteht mehrere Wochen, ja Monate. Die Angina setzt akut ein und ist von Allgemeinerscheinungen, wie Fieber-, Kopf- und Halsschmerzen, allgemeines Krankheitsgefühl begleitet; der Primäraffekt macht nur ausnahmsweise derartige Erscheinungen. Die Drüsenschwellung bei Angina ist nur unbedeutend, ja fehlt oft, und ist meist etwas druckempfindlich; beim harten Schanker ist sie immer stark ausgeprägt, meist indolent oder nur leicht spontan, sowie bei Druck schmerzhaft. Bei der Angina lacunaris sieht man als sicheres Unterscheidungsmerkmal die bekannten gelben Pfröpfe.

Auch mit der Angina ulcerosa membranacea Vincenti könnte der Primäraffekt verwechselt werden. Die Angina Vincenti tritt ein- oder doppelseitig unter mehr oder weniger heftigen Allgemeinerscheinungen auf und verläuft rasch, oft ist sie mit Stomatitis kombiniert. Mikroskopisch findet man bei ihr fusiforme Bacillen und grobe Spirochaeten, während sich beim Primäraffekt die Spirochaete pallida allein oder von groben Spirochaeten begleitet nachweisen lässt. Hier möchte ich anhangsweise einen Fall aus der Lesser'schen Poliklinik mitteilen, in dem es sich um eine Kombination von Primäraffekt der Tonsille mit Angina Vincenti handelte. Im mikroskopischen Präparate fanden sich fusiforme Bacillen und grobe Spirochaeten. Später traten sekundäre Erscheinungen von Lues auf. Auch

einen Fall Nobl's will ich hier erwähnen, in dem ein Primäraffekt der Tonsille für einen Tonsillarabszess angesehen und inzidiert wurde.

Verhältnismässig häufig wird auch der Primäraffekt der Tonsille mit Diphtherie verwechselt. Besonders leicht kann dieser Irrtum vorkommen, wenn es sich um einen Primäraffekt der pseudomembranösen Form handelt. Als Unterscheidungsmerkmale führe ich folgende an: Die Diphtherie tritt plötzlich und heftig auf, es bestehen Halsschmerzen und Schluckbeschwerden, schwere Allgemeinerscheinungen, wie Fieber, Kopfschmerz und allgemeines Krankheitsgefühl, sowie heftige lokale Entzündungserscheinungen. Die Affektion ist doppelseitig. Der Primäraffekt entwickelt sich langsam, macht verhältnismässig nur geringe lokale Beschwerden und Allgemeinerscheinungen. die lokalen Entzündungserscheinungen sind meist nicht sehr stark und die Affektion ist fast immer einseitig. Die Drüsenschwellung bei Diphtherie ist gewöhnlich nur gering, schmerzhaft und zuweilen fluktuierend, in einer Reihe von Fällen überhaupt nicht vorhanden. Die Drüsenschwellung beim Primäraffekt ist immer nachzuweisen, meist sehr bedeutend, hart und indolent. Die Diphtherie spielt sich in einer bis zwei Wochen ab; der Primäraffekt braucht einige Wochen bis etwa zwei Monate zu seiner Heilung. Schliesslich entscheidet der Nachweis von Diphtheriebazillen oder Spirochaete pallida für das eine oder das andere. In der Literatur ist eine grössere Zahl von Fällen beschrieben worden, wo bei bestehendem Primäraffekt Diphtherie diagnostiziert wurde. So erwähnt z. B. Rona einen Fall, wo ein fünfjähriges Kind mit einem Primäraffekte der Tonsille längere Zeit von mehreren Aerzten wegen Diphtherie behandelt wurde. Aehnliche Fälle sind von Legendre, Dieulafoy und anderen beschrieben worden. In einem meiner Fälle (16) wurde zweimal eine Injektion von Behring'schem

Serum wegen Verdachtes auf Diphtherie gemacht; erst später wurde die richtige Diagnose Lues gestellt.

Plaques auf der Tonsille könnten für einen erosiven Primäraffekt angesehen werden. Fast immer werden aber ausser den Plaques andere Sekundärerscheinungen vorhanden sein. Die Härte der Tonsille, wie sie für den Primäreffekt charakteristisch ist, fehlt bei den Plaques; die Drüsenschwellung am Halse ist dann meistens nur ganz gering. Ausserdem wird eine lokale Therapie, wie Betupfen mit 1% Sublimatlösung, die Plaques sehr schnell zur Heilung bringen, während der Primäraffekt der Therapie grössere Hartnäckigkeit entgegensetzt.

Tuberkulöse Geschwüre der Tonsille mit käsigem Grunde könnten einen Primäraffekt vortäuschen. Vor einer Verwechslung schützt neben Beachtung des zackigen wie unternagten Geschwürsrandes das Auffinden von Tuberkelbazillen und tuberkulösen miliaren Knötchen und der Nachweis des Bestehens von Tuberkulose des Kehlkopfes oder der Lungen, da eine primäre Tuberkulose des Rachens sehr selten ist.

Ein Carcinom der Tonsille wird sehr selten Veranlassung zur Verwechslung mit einem Primäraffekt geben. Während das Carcinom fast ausschliesslich im höheren Alter vorkommt, findet sich der Primäraffekt, abgesehen von seltenen Ausnahmen, bei jüngeren Personen. Der Primäraffekt entwickelt sich in einigen Wochen bis zur vollkommenen Höhe; das Carcinom braucht viele Monate dazu, um eine Veränderung hervorzurufen, die einem Primäraffekte ähneln könnte. Das Carcinom bleibt im Gegensatze zum Primäraffekte nur selten auf die Tonsille beschränkt. Ausserdem sind die konsekutiven Drüsenschwellungen beim Carcinom nie so bedeutend wie beim Primäraffekte, und sie treten erst nach längerer Zeit auf.

Schwimmer hat zwei interessante diesbezügliche Fälle mitgeteilt. In dem einen Falle hatte die Fehl-

diagnose tragische Folgen. Bei einem Arzte mit Primäraffekte der Tonsille wurde die Diagnose Carcinom gestellt; er starb infolge der vorgenommenen Operation. Bei einem anderen Patienten mit Initialsklerose der Tonsille wurde gleichfalls ein Carcinom diagnostiziert und die Operation beabsichtigt; erst durch das auftretende Eruptionsexanthem wurde die Diagnose rektifiziert.

Aehnlich verhält es sich mit dem Epitheliom. Bei ihm sowohl wie beim Carcinom würde, wenn sie sich so weit entwickelt hätten, dass sie mit einem Primäraffekt verwechselt werden könnten, das Auftreten oder Ausbleiben von Sekundärerscheinungen entscheidend für die eine oder andere Diagnose sein.

Merklen berichtet in den Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie folgenden einschlägigen Fall. Eine 64 jährige verheiratete Frau, Mutter von 9 Kindern, hat seit einigen Wochen heftige Schluckbeschwerden. Die linke Mandel ist geschwürig zerfallen; am linken Kieferwinkel findet sich eine starke, nicht empfindliche Drüsenschwellung. Das Alter der Frau und das Fehlen jeglichen, für Syphilis sprechenden ätiologischen Moments liessen die Diagnose Epitheliom stellen. Erst die auftretenden Sekundärerscheinungen berichtigten die falsche Diagnose.

Ein ulceriertes Gumma der Tonsille könnte einen ulcerierten Primäraffekt vortäuschen. Sehr selten wird jedoch ein solches auf die Tonsille beschränkt sein; fast immer werden auch andere Teile des Rachens tertiäre Veränderungen aufweisen. Eine Drüsenschwellung wird in den Fällen von tertiärer Erkrankung der Tonsille nicht oder nur in ganz geringem Grade vorhanden sein. Schliesslich kann man ex adiuvantibus durch Darreichung von Jodkali die Diagnose stellen. Mauriac hat einen Fall eines ausserordentlich schmerzhaften Primäraffektes der Tonsille beschrieben, wo die Diagnose tertiäre Syphilis gestellt wurde. Legendre

zitiert einen Fall, in dem bei bestehendem Primäraffekt der Tonsille die Diagnose auf ein Gumma gestellt wurde.

Seit der Entdeckung der Spirochaete pallida (Schaudinn-Hoffmann) besitzen wir in der mikroskopischen Untersuchung ein sehr wertvolles differentialdiagnostisches Hülfsmittel. Der Nachweis der Spirochaete pallida würde für die Diagnose Syphilis entscheidend sein. In den Fällen, die bezüglich der Diagnose eine besonders grosse Schwierigkeit darbieten, könnte man durch eine Probeexzision mit nachfolgender mikroskopischer Untersuchung (Silberimprägnierung nach Bestarelli oder Levaditi), oder, seitdem die Uebertragung der Syphilis auf Affen gelungen ist, durch eine Affenimpfung die sichere Stellung der Diagnose ermöglichen.

Die Prognose des Primäraffektes in Bezug auf seine Heilung und das Hinzukommen von Komplikationen ist eine absolut gute. Er heilt in einigen Wochen bis zwei Monaten unter Narbenbildung. Gefahr bringende Komplikationen treten fast niemals ein. Auch bei der gangränösen Form kommt ein Uebergehen der Gangrän auf die übrigen Teile des Rachens nicht vor. Bezüglich der konsekutiven Erscheinungen der Syphilis bietet der Primäraffekt der Tonsille keine schlechtere Prognose als genitale und andere extragenitale Sklerosen. Die Ansicht mancher Autoren, dass auf einen extragenitalen Primäraffekt eine schwerere Syphilis folge, als auf einen genitalen, wird von anderen nicht geteilt. So sagt Lesser in seinem Lehrbuche der Syphilis: „Der Ort des Primäraffektes ist für den weiteren Verlauf der Syphilis völlig irrelevant; die Annahme, dass die Lage der Eingangspforte des Giftes an dieser oder jener Körperstelle von irgend welcher Bedeutung in dieser Hinsicht sein sollte, ist auch mit unsern Anschauungen nicht vereinbar, abgesehen von den Fällen, wo durch bestimmte Bedingungen etwa

eine ungewöhnlich rasche Verallgemeinerung des Giftes begünstigt ist, so bei direktem Eindringen desselben in die Blutbahn (Transfusion)." Die Ansicht, dass die an eine extragenitale Sklerose sich anschliessende Syphilis schwerer verlaufe, als die einer genitalen folgende, beruht wohl hauptsächlich darauf, dass eine grosse Menge von extragenitalen Sklerosen überhaupt nicht erkannt wird und sich dann infolge Fehlens jeder Behandlung eine schwerere Syphilis ausbildet.

In allen meinen Fällen, ausgenommen Fall 15, waren die Sekundärerscheinungen keine schweren. In Fall 15 handelte es sich um eine 48jährige Frau, sodass man die schweren, tertiären Formen ähnlichen Sekundärerscheinungen wohl durch das verhältnismässig hohe Alter der Patientin bedingt erklären kann. Von sämtlichen Fällen kam nur Fall 19 zum zweiten Male in Behandlung; das Recidiv war ein leichtes. Ueber den Verlauf der übrigen Fälle konnte nichts ermittelt werden.

Bei der Behandlung des Primäraffektes der Tonsille beschäftigt uns zunächst die Frage, ob durch seine Zerstörung oder Exzision das syphilitische Virus aus dem Körper entfernt werden kann, ehe es zu einer allgemeinen Infektion gekommen ist. Es sind einige Fälle mitgeteilt worden, bei denen durch Entfernung genitaler Sklerosen eine Allgemeininfektion verhütet sein soll. Die Exzision des Primäraffektes ist nur dann auszuführen, wenn erst kurze Zeit nach seinem Entstehen verflossen und seine Lokalisation eine günstige ist, das heisst, wenn durch seine Entfernung dem Patienten kein grösserer Schaden zugefügt wird; ferner muss man bei der Exzision sicher verhüten, dass die Schnittfläche durch das Sekret des Schankers benetzt wird. Der Primäraffekt der Tonsille würde seiner Lokalisation nach und wegen seines Beschränktbleibens auf die Tonsille an und für sich für eine Exzision ausserordentlich geeignet sein; auch würde dem Patienten

durch die Entfernung der Tonsille kein grösserer Schaden erwachsen. Leider wird aber aus leicht verständlichen Gründen wohl nur äusserst selten ein Patient mit Primäraffekt der Tonsille so früh in Behandlung kommen, dass durch eine Exzision eine Allgemeininfektion des Körpers verhindert werden könnte; auch ist die Stellung der Diagnose vor Auftreten der charakteristischen Drüsenschwellung kaum möglich. In den Fällen von Initialsklerosen der Tonsille, die frühzeitig genug zur Behandlung kommen, sollte aber die Exzision niemals versäumt werden. Aber selbst wenn der Primäraffekt schon längere Zeit besteht und noch keine Sekundärerscheinungen aufgetreten sind, empfiehlt es sich, diesen zu exzidieren, in der Hoffnung, durch Elimination einer grossen Menge des syphilitischen Giftes die konsekutiven Allgemeinerscheinungen abzuschwächen.

Die Exzision lässt sich leicht mittelst eines Tonsillotoms ausführen. Um eine Infizierung der Schnittwunde durch das Sekret des Schankers zu verhüten, ist es ratsam, den Primäraffekt mit einer dünnen Collodiumschicht zu überziehen. Die im Falle 21 vorgenommene Exzision war hauptsächlich aus diagnostischen Gründen gemacht worden.

Die Zerstörung des Primäraffektes durch Cauterisation zum Zwecke der Verhütung der Allgemeinerscheinungen ist nicht empfehlenswert, da hierbei die Tiefe der Wirkung nicht berechnet werden kann, und es somit unsicher bleibt, ob auch alles Krankhafte zerstört worden ist.

In den Fällen, wo es nicht angängig ist, den Primäraffekt zu exzidieren, oder wo man darauf verzichtet, wird seine vollkommene Heilung stets erst durch die Allgemeinbehandlung erzielt. Aber auch schon vor Eintritt der Sekundärerscheinungen sind wir imstande, ihn durch geeignete Lokalbehandlung in Schranken zu halten, und die durch ihn hervor-

gerufenen Beschwerden zu lindern. Als lokale Behandlungsmethoden empfehlen sich Gurgelungen, Pinselungen mit 2—4 % Sublimat- oder 10 % Argentumlösung, Betupfen mit Jodoformäther, Aufblasen von Calomel oder Jodoform. Die Drüsenschwellung behandelt man am besten durch lokale Einreibung mit grauer Salbe oder Auflegen von grauem Quecksilber-Pflaster-Mull.

Zum Schlusse möchte ich die wichtigsten Punkte meiner Beobachtungen folgendermassen zusammenfassen:

1. Der Primäraffekt der Tonsille ist bei weitem häufiger, als gewöhnlich angenommen wird.
2. Unter den Primäraffekten der Mundhöhle spielt derjenige der Tonsille die Hauptrolle.
3. Bei fast allen Primäraffekten der Tonsille ist eine gewisse Härte derselben nachzuweisen.
4. In sämtlichen Fällen von Primäraffekt der Tonsille ist eine tiefe Cervicaldrüse besonders stark geschwollen, welche etwa zwei Querfinger unterhalb des Kieferwinkels, am vorderen Rande des Sternocleidomastoïdeus, in der Höhe des grossen Zungenbeinhornes liegt und sich zum Teil unter ihn erstreckt; bei doppelseitiger Sklerose ist auch die Drüsenschwellung doppelseitig.
5. Die im Gefolge eines Primäraffektes der Tonsille auftretenden Allgemeinerscheinungen sind nicht schwerer als die, welche sich an einen anderen extragenitalen oder einen genitalen anschliessen.
6. Bei differentialdiagnostischen Schwierigkeiten entscheidet der Nachweis der Spirochaete pallida für Syphilis.

Am Schlusse dieser Arbeit, welche im März 1906 fertiggestellt wurde und aus äusseren Gründen erst jetzt veröffentlicht werden kann, spreche ich Herrn Geheimrat Prof. Dr. Lesser für die gütige Ueberlassung der Krankengeschichten und Herrn Prof. Dr. E. Hoffmann für die vielfache Unterstützung und Durchsicht der Arbeit meinen verbindlichsten Dank aus.

Literatur.

1. Ardenne: Tumeurs bénignes de l'amygdale.
2. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1869—1906.
3. Archiv für Dermatologie und Syphilis.
4. Broich, J. von: Ueber extragenitale Initialsklerosen 1888.
5. Dermatologische Zeitschrift 1893—1906.
6. Deutsche Mediz. Wochenschrift, Jahrgang 31, No. 42.
7. Drysdale: Die Pathologie und Therapie der Syphilis und der anderen venerischen Krankheiten 1882.
8. Fournier: Les chancres extra-génitaux 1897 u. 1903.
   Traité de la Syphilis 1899 und 1903.
9. Finger: Die Syphilis und die venerischen Krankheiten 1901.
10. Hutchinson: Syphilis 1888.
11. Hopmann: Syphilis des Rachens und des Nasenrachenraumes (Heymanns Handbuch der Laryngologie und Rhinologie II. B, 1898.)
12. Joseph: Ueber extragenitale Syphilisinfektion (Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Festschrift gewidmet H. Lewin 1896.)
    Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1901.
13. Jullien: Traité pratique des maladies vénériennes 1899.
14. Kohn: Beiträge zur Kasuistik der extragenitalen Sklerosen (Dissertation).
15. Kopp: Lehrbuch der venerischen Erkrankungen.
16. Lesser: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten II. Teil 1897.
    Encyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1900.

17. Lang: Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis 1884—1886.
18. Lieven: Die Syphilis der oberen Luftwege unter besonderer Berücksichtigung der differentiellen Diagnose und der lokalen Therapie 1901.
19. Levaditi: Bulletin de la Société de Biologie 25. XI. 05 (Histologie pathologique des accidents syphilitiques primaires . . .).
20. Mackenzie: Krankheiten des Halses und der Nase 1880.
21. Mayer: Ueber die Prognose der Syphilis 1904.
22. Most: Die Topographie des Lymphgefässapparates des Kopfes und Halses.
23. Mauriac: Traitement de la Syphilis 1896.
24. Neumann: Lehrbuch der venerischen Krankheiten und der Syphilis.
25. Parker: On syphilitic diseases 1871.
26. Protzek: Ueber extragenitale Primäraffekte und ihre Diagnose 1891 (Dissertation.)
27. Siepe: Ueber extragenital lokalisierte Initialsklerosen 1892 (Dissertation).
28. Stiebel: Ueber extragenitale Primäraffekte 1895 (Dissertation).
29. Schuster: Die Syphilis, deren Wesen, Verlauf und Behandlung 1903.
30. Szadek: Four cases of syphilitic chancre of the tonsil 1891.
31. Van Haren Noman: Mitteilungen aus der Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Amsterdam.
32. Weidemann: Die Tonsillen als Eingangspforten für infektiöse Krankheiten 1895 (Dissertation).
33. Wolff: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
34. Zeissl: Grundriss der Syphilis 1884.

Thesen.

I.

Harte Schwellung einer Tonsille verbunden mit einer starken, indolenten Schwellung einer Cervicaldrüse am vorderen Rande des Sternocleidomastoïdeus, etwa in der Höhe des grossen Zungenbeinhornes, macht die Diagnose „Primäraffekt“ im höchsten Grade wahrscheinlich.

II.

Bei Appendicitis ist die Operation der allein mögliche Weg zur Heilung.

III.

Die Bier'sche Stauungshyperämie ist für eine Reihe von Erkrankungen eine gute Heilmethode.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Johannes Karl Ludwig Hellwig, evangelischer Konfession, wurde am 15. September 1877 als Sohn des Reichsbank-Oberbuchhalters Otto Hellwig und seiner Ehefrau Anna, geb. Schmidt zu Hamburg geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf den Gymnasien zu Glogau a. O. und Steglitz bei Berlin, das er Michaelis 1897 mit dem Zeugnis der Reife verliess.

Hierauf wurde er am 23. Oktober 1897 in die Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen aufgenommen. Seiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte er vom 1. April bis 30. September 1898 bei der 10. Kompagnie des 2. Garde-Regiments zu Fuss. Am 29. Juli 1899 bestand er die ärztliche Vorprüfung. Am 15. Februar 1902 wurde er zum Unterarzt im 5. Thüringischen Infanterie-Regiment No. 94 (Grossherzog von Sachsen) ernannt. Die ärztliche Staatsprüfung bestand er am 9. Juli 1903. Am 18. Oktober 1903 wurde er zum Assistenzarzt, am 15. September 1905 zum Oberarzt befördert.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Kliniken, Kurse und Vorlesungen folgender Herren:
von Bergmann, Brieger, Engelmann, Engler, Ewald, Fischer, B. Fränkel, Frey, Gerhardt†, Goldscheider, Gusserow†, Hertwig, Heubner, Hiller, Jolly†, Jürgens†, Köhler, König, Lesser, von Leyden, Liebreich, von Michel, Olshausen, Rubner, Salkowski, Schulz, E. Schulze, Schwendener, Schweninger, Sonnenburg, Strassmann, Stumpf, Thierfelder, Trautmann, R. Virchow†, H. Virchow, Waldeyer, Warburg.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.